RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Cadre de référence

Version révisée

Mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

Manon Rainville, conseillère cadre
Lyse Beaudet, conseillère

Novembre 2001

106-05462/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Téléphone : (514) 286-5604

Prix : 6,00 $

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN : 2-89510-054-3

@ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Vous pouvez consulter ce document sur le site web de la Régie régionale de Montréal-Centre à l'adresse électronique «*www.rrsss06.gouv.qc.ca*».

Note : Le masculin est employé comme genre neutre dans le but d'alléger le texte. On ne doit y voir aucune discrimination.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes qui ont participé à cette démarche de révision du cadre de référence du mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle pour leur précieuse collaboration, plus particulièrement celles qui ont été impliquées depuis le début du processus d'implantation en septembre 1997.

La contribution de tous ces partenaires a permis d'identifier des moyens pour assurer une meilleure prestation de services et une concertation complémentaire dans la réponse aux besoins de la clientèle.

Nos remerciements les plus sincères s'adressent aux membres du sous-comité de travail multisectoriel qui ont fourni des efforts soutenus tout au long de ce processus. Les orientations et les ajustements retenus permettront des améliorations assurant davantage la présence d'un réseau interactif de services en déficience intellectuelle.

Nous remercions particulièrement madame Nathalie Falardeau pour son assistance dans la prise des notes lors des rencontres du sous-comité de travail multisectoriel et mesdames Régine Gagnon et Nicole Léonard qui ont réalisé l'ensemble des travaux de bureautique et de secrétariat.

MEMBRES
DU SOUS-COMITÉ DE TRAVAIL MULTISECTORIEL

André Allard	Regroupement des CLSC
Lyse Beaudet	Régie régionale de Montréal-Centre, coordination et rédaction (remplace Manon Rainville depuis le 27 avril 2001)
Ghislaine Brosseau	CHSP, psychiatrie
Marie-France Côté	CHSGS, pédiatrie et pédopsychiatrie
Thérèse Colin	CRADI
Michel Doray	Centres jeunesse de Montréal
Danièle Dorval	Régie régionale de Montréal-Centre, Services multiclientèles de première ligne
Nathalie Falardeau	CRDP
Michel Gignac	OPHQ
Louise Jessop	Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw
Manon Rainville	Régie régionale de Montréal-Centre, coordination et rédaction (jusqu'au 27 avril 2001)
Claude St-Onge	Table de concertation des CRDI (remplace Claude Campeau)

La démarche d'évaluation a permis, bien au-delà du cadre de référence, de cerner des problématiques importantes touchant, entre autres, l'orientation de certaines clientèles et l'offre de services des établissements.

Des solutions apportées à ces problématiques sont considérées comme des incontournables pour le bon fonctionnement du mécanisme par les membres du sous-comité de travail et, en ce sens, un suivi doit être assuré par la Régie régionale. L'évolution des dossiers doit être transmise aux différentes instances concernées.

Ces problématiques et les démarches en cours, ou à mettre en place, se retrouvent dans le document *« Problématiques incontournables à être solutionnées dans le cadre de l'offre de services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle »*.

LISTE DES SIGLES

AARM :	Association américaine sur le retard mental
CH :	Centre hospitalier
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSP :	Centre hospitalier en soins psychiatriques
CJ :	Centres jeunesse
CJM :	Les Centres jeunesse de Montréal
CLSC :	Centres locaux de services communautaires
CR :	Centre de réadaptation
CRADI :	Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
DP :	Déficience physique
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
DI :	Déficience intellectuelle
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
Mécanisme :	Mécanisme de coordination de l'accès aux services
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec
PI :	Plan d'intervention
PREM-TGC:	Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement
PSI :	Plan de services individualisé
Q.I. :	Quotient intellectuel
RR-01 :	Évaluation sommaire des attentes et des besoins de l'enfant et de sa famille
RR-02 :	Évaluation globale des besoins, bilan et informations préparatoires à l'élaboration du PSI
RR-03 :	Plan de services individualisé
SAF :	Soutien à la famille
SM :	Santé mentale
SOC :	Soutien aux organismes communautaires
TED :	Troubles envahissants du développement
TGC :	Troubles graves du comportement

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. ORIGINE DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES 11

2. ORIENTATIONS DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE ET BUTS POURSUIVIS PAR LE MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES 12

3. PRINCIPAUX OBJECTIFS DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES 14

4. CLIENTÈLE 15

5. FONDEMENTS ET DÉFINITION D'UNE DÉMARCHE PSI 17

6. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES 18
   - 6.1. Accueil, évaluation des besoins et orientation de la demande 18
   - 6.2. Démarche PSI 20
   - 6.3 Coordination des activités techniques 21
   - 6.4 Comité d'élaboration du PSI 21
   - 6.4. Mise en priorité des demandes lors de l'élaboration du PSI 24
   - 6.5. Mise en application et révision du PSI 24

7. RÈGLES SUR LES DEMANDES DE TRANSFERTS INTER ET INTRARÉGIONAUX 25
   - 7.1 Considérations légales 25
   - 7.2 Principes généraux 25
   - 7.3 Règles de fonctionnement dans le cadre de transferts interrégions 26
   - 7.4 Mécanisme d'entente intrarégionale pour les CRDI de la région de Montréal 26

8. ACTIVITÉS COORDONNÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE 27
   - 8.1 Traitement des litiges 27
     - *A. Traitement d'un litige découlant des décisions du mécanisme de coordination 27*
     - *B. Traitement d'un litige hors-mécanisme de coordination 28*
   - 8.2 Mécanismes de concertation intra et interréseaux 29
   - 8.3 Mécanisme de suivi 30

ANNEXE 1 35

ANNEXE 2A 36

ANNEXE 2B 37

ANNEXE 3 38

ANNEXE 4 40

TABLEAU 1 45

CADRE DE RÉFÉRENCE

Version révisée

Mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

1. ORIGINE DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

À la suite de nombreuses démarches de consultation et de concertation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié en 1988 un document établissant les orientations et le guide d'action[1] favorisant l'intégration sociale des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

Le document du MSSS identifie, notamment, les services et les mesures nécessaires pour assurer l'**organisation régionale des services**.

> « La nature et la variété même des besoins particuliers des personnes et de leur milieu nécessitent une organisation complexe des services. Afin d'assurer une qualité de services adéquats, une équité envers tous et une cohérence régionale minimale, elle doit comprendre un certain nombre d'**éléments communs jugés essentiels dans chaque région.**
>
> Les éléments communs mis en place dans chaque région sont :
>
> - ✓ un moyen structuré d'évaluation des personnes et de leur famille. Chaque région a avantage à se doter d'un instrument commun d'évaluation des besoins des personnes et de leur famille;
> - ✓ des modalités régionales de concertation interréseaux puisque la collaboration, la complémentarité et la cohésion des divers établissements, organismes privés et publics demeurent essentielles. La Régie régionale doit prévoir un mécanisme de coordination régional pour regrouper les administrateurs et les dispensateurs de services rattachés aux divers établissements et ministères. Ceci permet la concertation requise afin d'assurer la disponibilité des services et d'identifier plus facilement l'ensemble des besoins en matière d'évolution de services;
> - ✓ des modalités d'évaluation de la qualité des services et du fonctionnement du réseau des services afin de démontrer la conformité des services aux grandes orientations définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que l'adéquation entre les services dispensateurs et les besoins des usagers. L'efficacité et l'efficience du réseau de services, par territoire, peuvent par la même occasion être évaluées. »

[1] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MSSS. *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle. Un impératif humain et social. Orientations et guide d'action*, 1988.

L'implantation d'un mécanisme de coordination et l'élaboration d'un plan régional d'organisation de services constituent pour le MSSS :

> « Les mesures mises de l'avant pour assurer **l'organisation**, **la planification** et la **coordination régionale** des services. »

2. ORIENTATIONS DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE ET BUTS POURSUIVIS PAR LE MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

⇒ *Mandats et orientations de la Régie régionale*

La Régie régionale tient son mandat d'élaboration d'un mécanisme d'accès aux services des orientations ministérielles décrites précédemment concernant l'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle, ainsi que de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS, L.R.Q., c. S-4.2, 1991). L'article 355 indique que la Régie *« veille particulièrement à ce que soient créés les mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services »*.

Les orientations ministérielles relatives à la déficience intellectuelle précisent également que *« C'est à la Régie régionale qu'incombe la responsabilité de mettre sur pied le mécanisme d'accès aux services et de coordonner les activités attribuées au mécanisme »*.

Le 19 juin 1997, le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre adoptait les modalités du cadre de référence pour le mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. En septembre 1997, ce cadre était graduellement implanté auprès des différents partenaires du réseau.

Le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre adoptait, en juin 1998, le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 « *Le défi de l'accès* » basé notamment sur quatre orientations générales : « *une vision métropolitaine des services, une approche réseau, des services publics à la bonne vitesse et un élément clé de notre mission : l'enseignement et la recherche* ».

C'est en tenant compte de ces orientations que le processus d'évaluation et de consultation auprès de l'ensemble des partenaires du réseau s'est amorcé. Après un peu plus de trois ans de fonctionnement du mécanisme de coordination de l'accès aux services et une concertation rigoureuse avec l'ensemble des partenaires, la Régie régionale est maintenant en mesure de produire un cadre de référence révisé et bonifié.

⇒ *Démarches effectuées*

Les recommandations découlant du premier bilan, couvrant la période du 16 octobre 1997 au 3 juillet 1998, ont entraîné le report du processus d'évaluation prévu pour février 1999. Les formulaires du mécanisme ont donc été révisés et acheminés à l'ensemble des partenaires en juin 1999.

En mars 2000, le sous-comité de travail multisectoriel amorçait un bilan qualitatif avec l'ensemble des partenaires du réseau :

- Des rencontres d'échanges avec les CLSC, CRDI, CRDP, CHGS et CHSP se sont tenues de mai 1999 à juin 2000;
- Un questionnaire sur le degré de satisfaction de la personne et de sa famille dans une démarche PSI a été acheminé aux familles. Les associations de parents, l'OPHQ et le CRADI ont été consultés;
- En juin 2000, des représentants des CRDP, CHSGS et CHSP se sont joints au sous-comité de travail multisectoriel. Les centres jeunesse se sont intégrés en janvier 2001.

De ce cheminement, madame Manon Rainville a produit trois documents :

1. Un rapport contenant l'ensemble des commentaires reçus en termes de réalisations ou de difficultés et d'ajustements proposés,
2. Une synthèse régionale,
3. Un tableau sur les points saillants retenus.

De ce dernier document, nous avons dégagé les orientations et ajustements au « *Cadre de référence du mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle* ».

Le mécanisme favorise :

- L'accès pour les personnes et leur famille à un ensemble de services nécessaires à leur intégration et participation sociales;
- L'organisation, la coordination des interventions et la planification de la gamme appropriée de services;
- L'établissement de modalités régionales de concertation et de collaboration dans la prestation des services du réseau de la santé et des services sociaux ou autres réseaux.

La révision du mécanisme a permis :

- De bien cerner les réalisations et les difficultés encourues dans l'application du cadre de référence de 1997;
- D'avoir une bonne évaluation des ajustements à faire;
- De s'assurer de la mise en place d'un système efficace et rapide.

Les ajustements apportés au cadre de référence révisé, par rapport à la version précédente, sont indiqués au tableau 1.

3. PRINCIPAUX OBJECTIFS DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

Les **principaux objectifs visés** permettent :

1. De reconnaître la primauté de la personne et son rôle central dans les décisions qui la concernent :
   - Pour l'ensemble des établissements, la personne et sa famille doivent être informées, impliquées et soutenues dans le processus d'évaluation sommaire et avoir un rôle primordial dans le choix des services requis :
     - la personne et sa famille doivent pouvoir s'exprimer et avoir l'écoute des intervenants impliqués,
     - les décisions doivent être prises en fonction des services requis;
   - La personne et sa famille doivent recevoir l'information sur les modalités révisées du cadre de référence;
2. De faciliter et d'apporter des solutions aux problèmes de coordination de l'accès aux services;
3. D'implanter des règles de fonctionnement uniformes et garantir une harmonisation des pratiques, dans la région de Montréal, en matière d'élaboration et de mise en application d'un PSI;
4. D'établir des modalités régionales de concertation et de collaboration dans la dispensation des services du réseau de la santé et des services sociaux (intraréseaux) et des réseaux de l'éducation, de la justice, des municipalités, de la main-d'œuvre, des services de garde à l'enfance et autres organismes (interréseaux);
   - Les établissements doivent assurer :
     - des interventions directes auprès des parents et de l'enfant afin de favoriser son développement global,
     - une formation adéquate pour les intervenants œuvrant en déficience intellectuelle,
     - des services adaptés aux nouvelles problématiques sociales plus complexes;
   - Les établissements doivent offrir des services pour les anglophones, entre autres, des services en anglais doivent être disponibles dans chacun des CRDI;
   - Des services doivent être assurés pour les allophones. Les établissements doivent avoir davantage la connaissance et la préoccupation des différences culturelles et de la réalité ethnoculturelle;
   - Chaque établissement doit avoir un mécanisme pour répondre aux situations d'urgence;
   - Des collaborations doivent être mises en place pour établir un meilleur arrimage entre la personne, sa famille et les dispensateurs :
     - lorsque plus d'un dispensateur est impliqué, notamment dans le cas où la personne a des déficiences multiples, l'information doit être transmise de façon régulière sur la situation de la personne,
     - l'offre de services, ou des modifications apportées à celle-ci, doit être connue de la personne, sa famille et des partenaires. Des modalités d'information doivent être développées à cette fin,
     - des échanges entre les partenaires, sur les approches cliniques utilisées, sont favorisés. La personne et sa famille doivent recevoir cette information.

- Un dépliant d'information est distribué pour informer les médecins de la communauté, en clinique ou en cabinet privé, sur la marche à suivre pour référer une personne présentant une déficience intellectuelle ou un retard global du développement.

4. CLIENTÈLE

⇝ *Définition de la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle*

La définition de la déficience intellectuelle provient de celle promulguée par l'Association américaine sur le retard mental (AARM) en 1992 :

> *« Réfère à des limites substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu. Il est caractérisé par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, et concomitant à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives : la communication, les soins personnels, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les loisirs et le travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans. »*

Pour rendre cette définition moins complexe dans son interprétation, l'AARM a apporté certaines précisions quant au fonctionnement intellectuel et aux domaines d'habiletés adaptatives :

Ainsi, le « fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne »

est défini comme un score de Q.I. se situant entre 70 et 75 ou moins, obtenu par une évaluation comprenant un ou plusieurs tests d'intelligence générale administrés individuellement. Ces tests, ainsi que les résultats à d'autres tests et d'autres renseignements disponibles, devraient être passés en revue par une équipe multidisciplinaire.

L'expression « *dans au moins deux des domaines d'habiletés adaptatives* » rappelle que

la manifestation de limitations dans les habiletés adaptatives est nécessaire puisque le seul fonctionnement intellectuel n'est pas un critère suffisant pour diagnostiquer le retard mental. Des limites fonctionnelles doivent donc se manifester dans au moins deux domaines d'habiletés adaptatives, montrant ainsi une limitation généralisée et réduisant aussi la probabilité d'erreur de mesure.

« ... se manifeste avant l'âge de 18 ans » :

le dix-huitième anniversaire concorde approximativement avec le moment où les individus de notre société assument leur rôle d'adulte.

Cette définition accentue

le lien entre le déficit cognitif et l'adaptation de la personne à son environnement physique, familial et social.

En ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans, la définition touchant le fonctionnement intellectuel ne peut être utilisée. Un **retard global de développement** est le terme utilisé lors de l'évaluation d'un enfant entre 0 et 5 ans. L'enfant est alors dans une période où il se développe dans plusieurs domaines : moteur, cognitif, social, communication, etc.

Plusieurs facteurs peuvent affecter ce développement, certains enfants auront un développement plus lent que la moyenne des enfants du même âge. Ce retard pourra être de quelques mois ou plus. De la même façon, il pourra affecter un seul domaine ou plusieurs. Le retard global implique que plusieurs domaines sont touchés. Selon le ou les facteurs impliqués pour expliquer ce retard, ce dernier pourra demeurer, s'atténuer ou disparaître.

Ainsi, un retard global de développement se caractérise par un retard significatif dans la plupart des domaines du développement chez un enfant de 0 à 5 ans et qui obtient un quotient global de développement de 70 et moins (± 3 points); le diagnostic de retard mental n'est pas encore posé, entre autres, à cause du jeune âge de l'enfant et du potentiel de croissance et de maturité appréhendé chez celui-ci par les professionnels concernés.

Le quotient de développement doit être établi par un outil standardisé et calculé de la façon suivante :

QD = (AD/AC) x 100

Âge chronologique (AC) : calculé en mois

Âge de développement (AD) : calculé en mois, tel qu'établi à une échelle d'évaluation reconnue, par exemple, l'échelle de développement de Harvey.

Ainsi, le quotient global de développement de 70 et moins ne doit pas être attribuable à un seul domaine de retard mais bien à plusieurs domaines (au moins deux) particulièrement faibles dans le développement de l'enfant. De plus, le retard global n'est pas attribuable à un syndrome associé fortement au retard mental comme le syndrome de Down; dans ce cas, un diagnostic de retard mental peut être posé chez un enfant ayant de 0 à 5 ans[2].

- Pour tout groupe d'âge, le CRDI est responsable de l'évaluation diagnostique lorsqu'il y a un doute au niveau de l'éligibilité. Ceci a pour but de faciliter la démarche de la personne, réduire les délais et les problèmes d'accès aux services :
  - l'évaluation psychologique est disponible en français ou en anglais,
  - la banque d'interprètes de la Régie régionale, ou toute autre ressource, peut être utilisée, au besoin.

⇝ *Clientèle cible*

Le mécanisme de coordination de l'accès aux services est utilisé pour :

- Une nouvelle demande de services;
- Une personne en attente de services;
- Une personne déjà desservie par un établissement.

---

2 Fait par Guy Sabourin pour la table des directeurs des services professionnels et directeur de la qualité des CRDI de la région de Montréal, mai 2001.

➪ *Critères d'éligibilité au mécanisme de coordination de l'accès aux services*

La personne doit être considérée comme présentant une déficience intellectuelle et être réputée disponible à recevoir des services, c'est-à-dire qu'elle est en mesure de recevoir les services qui lui seront offerts.

5. FONDEMENTS ET DÉFINITION D'UNE DÉMARCHE PSI

➪ *Fondements d'une démarche PSI*

Les **fondements d'une démarche PSI** s'appuient sur :

1. **La primauté de la personne :**
   - Lui permettre d'être au centre de la prise de décision et la reconnaître comme sujet légal et maître d'œuvre de sa vie.
2. **L'intégration sociale :**
   - Mettre de l'avant les principes de participation sociale, d'insertion communautaire et de valorisation des rôles sociaux de la personne.
3. **Le partenariat** :
   - Considérer la personne et ses proches comme principaux partenaires dans la réalisation d'une démarche PSI;
   - Promouvoir la collaboration active des organismes communautaires, des établissements et de tout autre organisme privé ou public;
   - Décloisonner les pratiques et les institutions.

➪ *Définition d'un PSI*

Le MSSS définit le PSI en ces termes :

> *« Le plan de services individualisé est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale tout en assurant sa protection*[3]*. »*

Au cours des dernières années, cette notion de PSI s'est développée et englobe la planification et la prestation de services nécessaires pour répondre aux besoins de la famille et de ses proches qui ont à composer avec les limitations de la personne présentant une déficience intellectuelle.

---

[3] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MSSS. *Formation PSI. Plan de services individualisé*, 1993.

6. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

Le mécanisme de coordination de l'accès aux services est constitué des établissements et des organismes impliqués dans la démarche PSI.

Il opère selon chaque territoire de desserte de la population couvert par les CRDI :

*TERRITOIRE**	*CRDI*
Ouest	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal**
Sud	Centre de réadaptation Lisette-Dupras**
Centre	Centre Miriam***
Nord	Services de réadaptation L'Intégrale
Est	CRDI Gabrielle-Major

* Une carte indiquant le découpage du territoire de chacun des CRDI est jointe en annexe 1.

** Une entente de réciprocité est établie entre le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal et le Centre de réadaptation Lisette-Dupras, stipulant que la clientèle anglophone située sur le territoire du Centre de réadaptation Lisette-Dupras peut être desservie par le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal de même que la clientèle francophone sur le territoire du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal peut demander à recevoir des services du Centre de réadaptation Lisette-Dupras.

*** Le Centre Miriam a le mandat de desservir la communauté de religion juive de la région de Montréal.

Le texte descriptif sur les modalités de fonctionnement du mécanisme de coordination de l'accès aux services est mis sous forme de tableau aux annexes 2A et 2B.

6.1. Accueil, évaluation des besoins et orientation de la demande

Dès l'amorce des étapes du mécanisme, les CLSC, les CRDI, les CRDP, les CH et les CJ doivent :

- Apporter un soutien psychosocial à la famille dès l'annonce du diagnostic;
- Présenter sommairement aux parents l'offre de services des réseaux concernés;
- Fournir les informations sur les ressources existantes, entre autres, leur droit au programme d'allocation pour enfant handicapé, au programme SAF ainsi qu'à l'existence des services offerts par les CLSC et les centres de réadaptation;
- Faire connaître aux parents la réalité sur l'accès aux services (ex. : délais d'attente, ressources disponibles).

L'**accueil** de la personne ou de sa famille lors d'une nouvelle demande de services relève des CLSC selon l'adresse du parent, pour un enfant[4], ou de la personne adulte[5] :

- Des outils d'information explicatifs révisés sur le processus d'évaluation sont disponibles pour la clientèle.

Le processus d'**évaluation sommaire** des attentes et des besoins est effectué par le CLSC. Toutefois, cette évaluation est produite par un CH, un CR, les Centres jeunesse de Montréal ou les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw lorsqu'ils assument le suivi psychosocial ou la réadaptation de la personne et/ou de sa famille :

- L'évaluation sommaire porte notamment sur les attentes, les besoins, la nature des services demandés ainsi que les motifs exprimés par la personne et sa famille. Cette évaluation doit indiquer toute situation familiale ou sociale démontrant des signes d'épuisement ou un état de crise et préciser, au besoin, les interventions ou les démarches devant être entreprises immédiatement auprès de la personne ou sa famille;
- L'établissement explique également à la personne et sa famille la démarche PSI et son droit d'être accompagnée[6] tout au long du processus;
- L'établissement complète le formulaire RR-01 « Évaluation sommaire des attentes et des besoins de la personne et de sa famille » et l'achemine au CRDI accompagné des rapports complémentaires (rapport médical, psychosocial, psychologique, plan d'intervention ou tout autre rapport) pertinents à la situation de la personne;
- L'intervenant du CH qui a procédé à l'évaluation s'assurera de faire parvenir les documents demandés à l'établissement, afin de diminuer le délai;
- L'établissement doit obtenir de la personne une autorisation de transmettre les renseignements confidentiels.

Tout établissement acheminant une référence à un CRDI doit la faire, si nécessaire, concomitamment au CLSC et au CRDI afin d'assurer les services des CLSC (ex. : programme SAF) et diminuer le délai d'attente d'éligibilité au CRDI.

Le processus d'**évaluation globale** des besoins est effectué par le CRDI :

- L'évaluation globale des besoins porte notamment sur l'identification des caractéristiques de la personne, son évolution générale, sa qualité de vie, son fonctionnement actuel, ses forces, ses capacités ainsi que les besoins et les attentes de la personne et de sa famille. L'évaluation globale des besoins inclut l'évaluation fonctionnelle[7];

---

4 Adresse du parent qui a la garde légale ou celui qui a le lien le plus significatif avec l'enfant ou, en l'absence de ces derniers, le dernier milieu de vie habituel.

5 Pour un adulte : la dernière adresse résidentielle stable et connue, le souhait exprimé par la personne d'être desservie par un établissement ou à la demande d'une personne significative qui manifeste de l'intérêt à ce que la personne demeure à proximité.

6 La personne ou sa famille peut également avoir recours à **un accompagnateur**, tel que défini à l'article 11 de la L.R.Q., c. S-4.2 : *« Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement »*
Dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un PSI, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) *« aide une personne à obtenir des ministères, organismes publics et autres administrations publiques les services requis »*. (L.R.Q., c. E-20.1, article 51, plan de services).

7 L'évaluation fonctionnelle est effectuée en fonction des habiletés adaptatives dans les domaines suivants : la communication, les soins personnels, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les loisirs et le travail.

- Le CRDI remplit le formulaire RR-02 « *Évaluation globale des besoins, bilan et informations préparatoires à l'élaboration du plan de services individualisés* » :
  - à la suite de l'évaluation globale, une copie est remise à la personne ou sa famille par le CRDI,
  - pour faciliter les étapes du processus d'évaluation, et éviter le dédoublement des questions aux parents, l'évaluation globale du CRDI peut se faire en présence de l'intervenant référant, lorsque jugé à propos,
  - le CRDI assure la tenue des dossiers des individus.

Note : Le délai entre les évaluations effectuées et la rencontre sur l'élaboration du PSI est établi à 60 jours ouvrables.

6.2. Démarche PSI

La démarche PSI commence lors de l'évaluation globale des besoins (RR-02) et comprend l'élaboration du PSI, l'identification des dispensateurs de services ainsi que la mise en application de celui-ci. Elle est précédée d'une étape d'accueil et d'évaluation sommaire des besoins (RR-01).

L'élaboration du PSI et l'identification des dispensateurs de services sont réalisées lors d'une seule rencontre.

Selon la situation de la personne ou sa famille, une date de révision du PSI doit être convenue lors de l'élaboration du PSI.

La démarche PSI doit tendre à une plus grande uniformité dans l'ensemble du réseau.

L'harmonisation de la terminologie entourant le PSI doit être assurée pour une meilleure compréhension par les usagers et les partenaires du réseau.

Le modèle révisé tient compte des pratiques développées sur le terrain par un assouplissement dans les différentes étapes, soit :

- Des rencontres de PSI doivent se tenir avec les partenaires impliqués et être faites dans l'esprit des objectifs et de la philosophie mis de l'avant par le mécanisme;
- Dans les situations simples, le comité sur l'élaboration du PSI peut être établi par les partenaires les plus concernés et les usagers sans la présence de tous les partenaires. L'ensemble des besoins doit y être discuté et le document RR-03 complété.
- Dans les situations complexes ou litigieuses, le comité d'élaboration du PSI doit se tenir avec l'ensemble des partenaires. Par situation litigieuse on entend, entre autres, incapacité de répondre aux besoins, absence de compréhension commune sur les services à offrir, désaccord entre les parties. Ceci s'applique aussi lorsqu'un des partenaires présents à la rencontre d'évaluation (famille, usager, DPJ, établissement) considère l'importance d'une démarche PSI avec l'ensemble des partenaires.

6.3 *Coordination des activités techniques*

La coordination des activités techniques est laissée à la discrétion du CLSC ou du CRDI ou, à défaut :

- Du CLSC pour une nouvelle demande;
- Du principal dispensateur de services pour les personnes en attente de services ou celles déjà desservies.

Cette coordination auprès des différents partenaires comprend :

- La convocation des membres du comité accompagnée d'une copie des formulaires de l'évaluation globale (RR-02);
- L'animation et la rédaction du compte rendu de la rencontre à l'aide du formulaire RR-03 intitulé *« Plan de services individualisé »*;

6.4 *Comité d'élaboration du PSI*

Lors de l'élaboration du PSI, ce comité procède à l'analyse des évaluations de l'ensemble des besoins de la personne et de sa famille, **indépendamment de la disponibilité des services**. Toutefois, il faut s'assurer de l'intérêt des personnes à recevoir des mesures alternatives lorsque les services requis ne sont pas disponibles.

- **Fonctions**
  - aider la personne et sa famille à définir l'ordre de priorité de leurs besoins,
  - aider la personne et sa famille à identifier les objectifs à atteindre par secteur d'activités, déterminer les services nécessaires et identifier les dispensateurs devant offrir les services réguliers ou les mesures alternatives, s'il y a lieu,
  - établir les éléments ainsi que les responsabilités de coordination des orientations retenues dans l'application du PSI et s'assurer d'une compréhension commune, particulièrement de la part de la personne et de sa famille,
  - identifier et définir la mise en priorité de la demande en fonction des ressources du territoire,
  - identifier les éléments de mise en priorité de la demande.

- **Composition** (ne s'applique pas dans les situations simples)

  Ce comité, présidé par l'instance définie précédemment, est composé :
  - de la personne et/ou de sa famille ou de son représentant désigné,
  - d'un représentant du CRDI concerné,
  - d'un représentant du CLSC concerné.

- de l'intervenant qui a procédé à l'évaluation sommaire des besoins,
- d'un représentant de chacun des établissements, organismes ou associations appelés à contribuer à la réalisation du PSI,
- du répondant, s'il y a lieu.

Note : À la suite d'une rencontre, le formulaire PSI (RR-03) est rempli et signé par la personne et/ou sa famille ou son représentant ainsi que par l'animateur du comité. Une copie du PSI est acheminée à la personne et sa famille.

⇝ *Notion de mesures alternatives*

Le suivi et l'utilisation de mesures alternatives doivent reposer sur un partage des responsabilités pour assurer un réseau de services ainsi qu'une évaluation sur la capacité de la communauté et de la famille à y participer.

Cette notion ne doit pas être interprétée comme un remplacement des services réguliers requis, ni restreinte à la dimension d'utiliser des ressources communautaires pour remédier à l'engorgement du réseau. Elle est mise de l'avant pour minimiser les effets de l'attente de services ou de l'absence de ressources devant être développées en offrant des réponses palliatives à la personne ou à sa famille.

Les mesures alternatives doivent être offertes par l'ensemble des partenaires dispensateurs. Afin d'apporter une réponse immédiate à la clientèle en attente, plusieurs établissements ont déjà modifié certaines pratiques pour s'assurer que ces mesures soient disponibles.

La séquence dans les étapes d'identification des services et des mesures alternatives est la suivante :

1. Identifier le soutien que le réseau d'entraide immédiat peut offrir à la personne;
2. Déterminer les dispensateurs du réseau formel de services;
3. Procéder à l'identification de mesures ponctuelles ou temporaires lorsque les services requis ne sont pas disponibles.

Il est important de rappeler que les mesures alternatives doivent **être mises de l'avant** également par les différents partenaires pour les personnes **en attente de services** et que des moyens doivent être identifiés pour les rendre disponibles.

⇝ *Notion de répondant*

- **Concept**

  Un répondant est nommé, lors du comité d'élaboration du PSI, pour assumer le rôle de coordination assurant la mise en application du PSI.

- **Identification et fonction et du répondant**

  Selon l'approche privilégiant que la personne soit au cœur de la prise de décision et imputable face aux décisions qu'elle prend, la personne elle-même doit voir à la réalisation de son PSI. Cette responsabilité revient au titulaire de l'autorité parentale lorsqu'il s'agit d'un enfant ou au représentant désigné dans le cas d'un adulte inapte.

  Cependant, la personne peut choisir d'être assistée dans ses démarches. Elle peut avoir recours à un répondant.

  Il est privilégié de choisir le répondant dans l'entourage de la personne. Cependant, celle-ci peut décider d'avoir recours à un intervenant du réseau.

  Lorsque le répondant provient de l'entourage de la personne, celui-ci devra être identifié lors de la rencontre du PSI :

  - lorsque le répondant ne peut provenir de l'entourage de la personne ou de sa famille, celle-ci pourra avoir recours à divers organismes ou groupes pouvant offrir de l'aide (Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), Association de parents en déficience intellectuelle);
  - lorsque le répondant est un intervenant du réseau, le partage des responsabilités entre les CLSC et les CRDI se fait selon les prémices suivantes à moins que la personne ou sa famille exprime un choix différent :
    - ⇨ le CLSC est nommé lorsqu'il est le principal dispensateur de services et que la personne vit en milieu naturel,
    - ⇨ le CRDI est nommé lorsque celui-ci commence à dispenser les services à la personne, peu importe son milieu de vie, à l'exception de la personne qui reçoit uniquement des services socioprofessionnels.

  Note : De ce partage de responsabilités sont exclues les situations où un CRDI offre des services ponctuels de répit ou de dépannage.

Le répondant a comme fonction d'assurer à la personne qui le désire une aide, un soutien conseil pour l'assister dans ses démarches visant à garantir le respect et le suivi du PSI et d'agir en son nom.

Plus spécifiquement, il doit :

- Faciliter le cheminement des individus à l'intérieur du système de santé et des services sociaux;
- Garantir le respect et le suivi du PSI;
- Favoriser la continuité et l'intégration des services;
- Assurer l'accès aux programmes de financement disponibles;
- Favoriser les communications entre les divers partenaires des milieux institutionnels et communautaires;
- S'assurer que les services sont, en tout temps, appropriés aux besoins.

6.4. Mise en priorité des demandes lors de l'élaboration du PSI

Lorsque requis par la situation, les éléments suivants de mise en priorité de la demande doivent être particulièrement considérés :

- Les limitations de la personne au niveau des habiletés adaptatives;
- L'isolement social de la personne, de la famille ou du milieu substitut;
- L'absence d'activités quotidiennes;
- La difficulté du milieu à faire face aux comportements excessifs de la personne;
- L'épuisement de la famille ou du milieu substitut;
- La non-adéquation du milieu résidentiel de la personne;
- L'absence de support de l'entourage.

6.5. Mise en application et révision du PSI

➪ *Mise en application*

Les établissements et les organismes impliqués doivent :

- Assurer l'inscription aux services;
- Rendre accessibles les services ou les mesures alternatives tels qu'identifiés au PSI;
- Établir le plan d'intervention (PI) pour déterminer les objectifs à atteindre et les interventions nécessaires pour répondre aux besoins de la personne et/ou de sa famille;
- Exercer, lorsque nécessaire, le rôle de répondant;
- Coordonner les activités de révision du PSI, lorsque requis.

➪ *Révision*

Selon la L.R.Q., c. S-4.2, l'article 104 spécifie que le PSI doit contenir un échéancier relatif à sa révision et qu'il peut être modifié en tout temps pour tenir compte des circonstances nouvelles.

La coordination des activités de révision, auprès des différents partenaires concernés, relève de l'établissement qui offre la majeure partie des services.

7. RÈGLES SUR LES DEMANDES DE TRANSFERTS INTER ET INTRARÉGIONAUX

Les principaux objectifs concernant l'établissement de mécanismes d'ententes sont :

- Respecter et faciliter l'exercice du droit de la personne de choisir son établissement;
- Simplifier l'accès aux services;
- Assurer la continuité des services d'une région ou d'un territoire à un autre;
- Uniformiser les mécanismes d'accès des territoires de la région de Montréal-Centre;
- Délimiter les rôles des établissements concernés par la demande de transfert d'une personne ou de son représentant désigné.

Certaines considérations légales et certains principes généraux sont à respecter pour les situations reliées aux demandes de transfert des personnes.

7.1 Considérations légales

La Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) reconnaît des droits à la population concernant la dispensation des services dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ces droits ont pour effet de déterminer des balises dans la gestion des demandes de services pour les établissements. Ils ont donc un impact significatif sur les règles qui sont établies pour les demandes de transferts inter ou intrarégionaux.

La Loi reconnaît à toute personne, qui requiert des services de santé et des services sociaux, le droit de :

- Recevoir des services de qualité accessibles de façon continue et personnalisée, tant au plan scientifique qu'humain et social;
- Choisir le professionnel ou l'établissement de qui elle désire recevoir des services; le professionnel peut accepter ou non de traiter la personne;
- Être informée de l'existence des services et des ressources ainsi que des modalités d'accès.

7.2 Principes généraux

- Toute demande de transfert d'une autre région ou d'un autre territoire doit être considérée au même titre qu'une demande d'une personne de sa région ou de son territoire et évaluée en fonction des critères de mise en priorité établis;
- Sauf exception[8], lorsque la personne demande une ressource ou un service d'un établissement d'un autre territoire ou d'une autre région, les établissements de cette région ou de ce territoire où sont adressées les demandes sont responsables des services à fournir à la personne en fonction de ses besoins;

[8] Ces situations sont décrites au point 7.4

- Chaque territoire doit tendre à l'autosuffisance; si une ressource n'est pas disponible dans son territoire, l'établissement peut s'associer avec d'autres instances pour développer les ressources ou les services nécessaires pour répondre aux besoins.

7.3 Règles de fonctionnement dans le cadre de transfert interrégions

Depuis le 27 octobre 1999, la politique de transfert interrégions en déficience intellectuelle (adoptée en janvier 1999) s'applique.

Cette politique se retrouve en annexe 3.

Cette dernière devrait être sujette à révision sous peu afin de s'assurer de l'équité pour les personnes concernées et pour les populations desservies dans chacune des régions.

Pour les usagers provenant des autres régions qui sont hospitalisés dans un établissement spécialisé à vocation suprarégionale et qui reçoivent leur congé, ces usagers doivent être **rapatriés** dans leur région d'origine lorsque les parents y habitent encore et qu'ils ont conservé un lien significatif avec leur enfant. Cette région est alors responsable de dispenser les services et d'assumer les coûts directs afférents.

7.4 Mécanisme d'entente intrarégionale pour les CRDI de la région de Montréal

L'organisation des services des CRDI de la région de Montréal confie à chaque CRDI un territoire de desserte de la population en prenant pour acquis que la personne ou sa famille demande à recevoir les services des établissements situés près du lieu de sa résidence.

~ *Règles de fonctionnement*

Les règles de fonctionnement tiennent compte de cette organisation et des situations suivantes :

- Une personne ou sa famille déménage dans un autre territoire;
- Une personne ou sa famille désire recevoir des services d'un autre territoire que celui de sa résidence;
- Un CRDI initie pour sa clientèle des ententes de services avec un autre CRDI.

Les règles touchant les modalités de traitement d'une demande d'accès aux services entre les CRDI de la région de Montréal, en tenant compte des situations énumérées précédemment, sont jointes en annexe 4.

8. ACTIVITÉS COORDONNÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE

Dans le cadre de ses mandats de coordination et de planification, la Régie régionale assume, entre autres, des **fonctions qui sont reliées aux objectifs du mécanisme de coordination de l'accès aux services :**

- Traitement des litiges;
- Établissement de mécanismes de concertation intra et interréseaux;
- Établissement d'un mécanisme de suivi.

8.1 Traitement des litiges

Une demande de traitement de litige peut être formulée à la Régie régionale soit sur l'application d'une décision ou d'une orientation prise dans le cadre du mécanisme de coordination ou sur des situations particulières traitées hors-mécanisme.

Il importe de rappeler que la personne, sa famille ou son représentant désigné peut se prévaloir en tout temps des mécanismes prévus par les lois et les règlements. Ils peuvent porter plainte sur une orientation ou une décision rendue par le mécanisme de coordination de l'accès aux services ou s'ils ne souscrivent pas aux décisions rendues par le comité d'étude des litiges.

~ *Admissibilité d'une demande de traitement d'un litige*

- La demande de traitement doit être adressée au conseiller de la Régie régionale **par un établissement ou un organisme**;
- La demande de traitement peut s'appliquer à un dossier ou à un ensemble de dossiers présentant une problématique semblable.

A. Traitement d'un litige découlant des décisions du mécanisme de coordination

~ *Rôles et responsabilités de la Régie régionale*

Le conseiller désigné par la Régie régionale doit :

- Accueillir et évaluer la recevabilité d'une demande concernant un litige;
- Traiter les litiges qui ne nécessitent qu'une intervention simple et proposer des solutions;
- Convoquer, présider et gérer le comité d'étude des litiges et soumettre tout problème nécessitant une intervention complexe;
- Communiquer la décision aux instances impliquées dans le litige

⇝ *Admissibilité d'une demande au comité d'étude des litiges*

- La demande peut être adressée au comité uniquement sur des décisions ou des orientations définies lors de l'élaboration ou de l'actualisation du PSI;
- Une question litigieuse découlant d'un désaccord au comité sur l'élaboration du PSI et sur l'identification des dispensateurs de services peut être soumise au comité.

⇝ *Fonctions et composition du comité d'étude des litiges*

- **Fonctions**
  - analyser la problématique présentée lorsqu'il y a des insatisfactions ou des désaccords concernant l'application des orientations ou des décisions rendues par le mécanisme de coordination ou lorsqu'il n'y a pas de possibilité de consensus,
  - transmettre la décision à l'établissement ayant soumis le litige, s'il y a lieu,
  - soumettre des recommandations au comité de suivi sur le maintien ou la révision d'orientations.

- **Composition**

  Ce comité, présidé par le conseiller désigné par la Régie régionale, se compose :
  - d'un représentant mandaté par les groupes de promotion,
  - d'un représentant mandaté par l'OPHQ.

  Selon la nature du litige, le comité peut s'associer avec :
  - le responsable du PSI ou son représentant désigné,
  - le répondant, s'il y a lieu,
  - des représentants mandatés des établissements,
  - des représentants des organismes communautaires,
  - des représentants de la Régie régionale,
  - d'autres intervenants (secteur scolaire, municipal, etc.).

B. Traitement d'un litige hors-mécanisme de coordination

Il peut s'agir :

- D'une situation d'urgence sociale où une personne ou sa famille ne reçoit pas d'un établissement les services que requiert son état;
- D'un litige entre des établissements du réseau concernant la décision prise sur la non-éligibilité d'une demande de services traitée hors-mécanisme.

Les facteurs provoquant un litige émanent généralement des situations suivantes :

- Personne présentant des problématiques multiples;
- Interprétations différentes des évaluations réalisées auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle;
- Demande d'accessibilité des personnes à un réseau de services intra ou interrégional.

Note : La procédure de traitement d'un litige hors-mécanisme ne s'applique pas au traitement d'une plainte à l'endroit d'un établissement.

⇒ *Rôles et responsabilités de la Régie régionale*

Le conseiller de la Régie régionale doit :

- Coordonner les actions permettant l'accès à des services (conformément aux normes de fonctionnement du CRDI impliqué) pour répondre à une situation urgente;
- S'assurer du traitement du litige devant porter sur la non-éligibilité d'une demande de services en concertation avec les services concernés de la Régie régionale;
- Communiquer l'orientation prise aux instances impliquées.

8.2 Mécanismes de concertation intra et interréseaux

La gamme de services nécessaires pour répondre aux besoins des personnes ne peut être assumée exclusivement par un seul type d'établissement ou d'organisme, ni par le réseau de la santé et des services sociaux. La contribution de multiples partenaires interréseaux demeure essentielle à l'atteinte des objectifs d'intégration et de participation sociales.

Certaines situations ou problématiques des personnes font appel à une complémentarité intraréseau et d'autres nécessitent une complémentarité interréseaux.

Au niveau **intraréseau,** la complémentarité de services concerne tout particulièrement les personnes présentant une déficience intellectuelle associée à :

- Une déficience physique (motrice ou sensorielle);
- Un profil gériatrique correspondant à une perte d'autonomie;
- Des problèmes d'adaptation sociale pour les jeunes et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle légère;
- Des problèmes de santé mentale.

Au niveau **interréseaux,** la complémentarité de services touche principalement les réseaux suivants :

- Éducation;
- Justice;
- Municipalités (transport adapté, accessibilité aux lieux publics, loisirs);
- Main-d'œuvre;
- Garderies et services de garde à l'enfance;
- Autres services communautaires.

Il faut préciser que la Régie régionale ne peut confier des mandats aux établissements et organismes hors-réseau dans la dispensation des services.

Toutefois, **des mécanismes de concertation et de collaboration** peuvent assurer une complémentarité et une continuité dans la dispensation des services intra et interréseaux pour répondre aux besoins des personnes et de leur famille.

Les moyens privilégiés pour assurer cette concertation et cette collaboration sont :

- D'élaborer, lorsque requis, un PSI et de s'assurer de sa mise en application avec chacun des partenaires impliqués;
- D'offrir, par la Régie régionale, des sessions d'information aux établissements et aux organismes intraréseaux et interréseaux (éducation, justice, curatelle, municipalités, main d'œuvre, garderies, services de garde à l'enfance et autres services communautaires) pour assurer une implantation uniforme des modalités révisées en incluant la démarche PSI. Les services dispensés par les établissements devraient également être présentés;
- D'établir ou de favoriser des ententes de services avec les différents établissements et organismes appelés à dispenser des services et ce, en fonction de leurs mandats et expertises spécifiques;
- De consolider ou développer, au besoin, des comités intersectoriels de la Régie régionale mandatés pour étudier des dossiers présentant de multiples problématiques qui ont fait l'objet d'un refus de services par un des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces comités doivent déterminer le réseau de services pouvant le mieux répondre aux besoins des personnes et ce, en tenant compte des critères d'accès propres à chacun des réseaux.

8.3 Mécanisme de suivi

- **Fonctions**
  - produire un bilan annuel sur les modalités du cadre de référence sur les données statistiques touchant le mécanisme,
  - rôle de vigilance sur l'application du mécanisme d'accès par le biais de l'analyse des données statistiques et la formulation de recommandations d'ajustements visant la maximisation de l'efficacité et de l'efficience du cadre.

- **Composition**

  Ce comité, présidé par le conseiller désigné par la Régie régionale, se compose :

  - d'un représentant mandaté par les CRDI,
  - d'un représentant mandaté par les CLSC,
  - d'un représentant mandaté par les CRDP,
  - de représentants mandatés par le milieu hospitalier,
  - de représentants mandatés par les Centres jeunesse,
  - d'un représentant mandaté par l'OPHQ,
  - de représentants mandatés par les organismes communautaires.

  Une personne porteuse du dossier déficience intellectuelle doit être nommée dans chacun des établissements et collaborer au mécanisme de suivi.

  On reconnaît les tables de concertation de déficience intellectuelle comme étant des partenaires privilégiés et une instance de consultation pour le mécanisme de suivi.

  Le comité de suivi s'assure de faire le lien avec le comité d'étude des litiges lorsqu'il émet des recommandations sur le maintien ou la révision d'orientations.

  Il serait souhaitable que des représentants d'autres réseaux se joignent au comité, notamment le réseau scolaire.

Annexes

Territoire de desserte des centres de réadaptation en déficience intellectuelle

ANNEXE 1

Ce tableau illustre le cheminement complet d'une démarche PSI ainsi que les fonctions des instances impliquées dans ce processus.

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DANS LE CADRE D'UNE NOUVELLE DEMANDE DE SERVICES

Portes d'entrée

La porte d'entrée doit être le CLSC pour les nouvelles demandes (client inconnu d'un autre établissement)

CLSC

- ✓ Accueillir la demande de services
- ✓ Évaluer sommairement les attentes et les besoins de la personne et remplir le formulaire RR-01
- ✓ Expliquer à la personne les modalités de fonctionnement du mécanisme
- ✓ Acheminer la demande au CRDI

CRDI

- ✓ Recevoir l'évaluation sommaire (RR-01) et les rapports pertinents
- ✓ Effectuer l'évaluation globale des besoins (RR-02), avec l'intervenant référant si jugé nécessaire
- ✓ Fournir une copie de l'évaluation globale à la personne ou sa famille
- ✓ S'assurer de l'élaboration du PSI (RR-03) et de la tenue d'un comité avec les principaux Partenaires
- ✓ Assumer la tenue des dossiers des individus

MISE EN APPLICATION DU PSI PAR LES DISPENSATEURS

- ✓ Assurer l'inscription aux services
- ✓ Rendre accessibles les services ou les mesures alternatives tels qu'identifiés au PSI
- ✓ Établir le plan d'intervention (PI)
- ✓ Coordonner les activités de révision du PSI, lorsque requis

SUITE ET RÉVISION

COMITÉ D'ÉLABORATION DU PSI

Tenu lors de situations complexes ou litigieuses animé par le CLSC ou le CRDI

Rôle de l'animateur

- Avoir une copie complétée du formulaire RR-02
- Convoquer les membres du comité
- Tenir la rencontre du comité d'élaboration et d'identification des dispensateurs de services
- Rédiger le compte rendu de la rencontre PSI et remettre une copie à l'ensemble des participants

Composition du comité

- La personne et/ou sa famille ou son représentant désigné
- Un représentant du CRDI concerné
- Un représentant du CLSC concerné
- L'intervenant qui a procédé à l'évaluation sommaire des besoins
- Un représentant de chacun des établissements organismes ou associations appelés à contribuer
- Du répondant, s'il y a lieu

Fonctions

- Aider la personne et sa famille à définir l'ordre de priorité de leurs besoins
- Aider la personne et sa famille à identifier les objectifs à atteindre par secteurs d'activités, déterminer les services nécessaires et identifier les dispensateurs devant offrir les services réguliers ou les mesures alternatives, s'il y a lieu
- Établir les éléments ainsi que les responsabilités de coordination des orientations retenues dans l'application du PSI
- Identifier les éléments de mise en priorité de la demande
- Identifier et définir la mise en priorité de la demande en fonction des ressources du territoire

ANNEXE 2B

Le tableau suivant illustre le cheminement complet de la démarche PSI ainsi que les fonctions des instances impliquées dans ce processus.

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT POUR LES PERSONNES EN ATTENTE OU DÉJÀ DESSERVIES

CRDP, CH CENTRES JEUNESSE OU CLSC

- ✓ Accueillir la demande de services
- ✓ Évaluer sommairement les attentes et les besoins de la personne et remplir le formulaire RR-01[9]
- ✓ Expliquer à la personne les modalités de fonctionnement du mécanisme
- ✓ Acheminer la demande au CRDI

↓

CRDI

- ✓ Recevoir l'évaluation sommaire (RR-01) et les rapports pertinents
- ✓ Effectuer l'évaluation globale des besoins et remplir le formulaire RR-02, avec l'intervenant référant si jugé nécessaire
- ✓ Fournir une copie de l'évaluation globale à la personne ou sa famille
- ✓ S'assurer de l'élaboration du PSI et de la tenue d'un comité avec les principaux partenaires
- ✓ Assumer la tenue des dossiers des individus

COMITÉ D'ÉLABORATION DU PSI

Tenu lors de situations complexes ou litigieuses animé par le CLSC ou le CRDI[10]

Rôle de l'animateur

- ⇝ Avoir une copie complétée du formulaire RR-02
- ⇝ Convoquer les membres du comité
- ⇝ Tenir la rencontre du comité d'élaboration et d'identification des dispensateurs de services
- ⇝ Rédiger le compte rendu de la rencontre (RR-03) et remettre une copie à l'ensemble des participants

Composition du comité

- ⇝ La personne et/ou sa famille ou son représentant désigné
- ⇝ Un représentant du CRDI concerné
- ⇝ Un représentant du CLSC concerné
- ⇝ L'intervenant qui a procédé à l'évaluation sommaire des besoins
- ⇝ Un représentant de chacun des établissements organismes ou associations appelés à contribuer
- ⇝ Du répondant, s'il y a lieu

Fonctions

- ⇝ Aider la personne et sa famille à définir l'ordre de priorité de leurs besoins
- ⇝ Aider la personne et sa famille à identifier les objectifs à atteindre par secteurs d'activités, déterminer les services nécessaires et identifier les dispensateurs devant offrir les services réguliers ou les mesures alternatives, s'il y a lieu
- ⇝ Établir les éléments ainsi que les responsabilités de coordination des orientations retenues dans l'application du PSI
- ⇝ Identifier les éléments de mise en priorité de la demande
- ⇝ Identifier et définir la mise en priorité de la demande en fonction des ressources du territoire

MISE EN APPLICATION DU PSI PAR LES DISPENSATEURS

- ✓ Assurer l'inscription aux services
- ✓ Rendre accessibles les services ou les mesures alternatives tels qu'identifiés au PSI
- ✓ Établir le plan d'intervention (PI)
- ✓ Coordonner les activités de révision du PSI, lorsque requis

↓

SUITE ET RÉVISION

[9] Évaluation produite par un CH, un CR, les Centres jeunesse de Montréal ou les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw lorsqu'ils assument le suivi psychosocial ou la réadaptation de la personne et/ou de sa famille sur une base régulière et continue et qui permet d'effectuer l'évaluation des besoins.

[10] Le principal dispensateur est celui qui offre ou doit offrir la majeure partie des services.

POLITIQUE DE TRANSFERT INTERRÉGIONS EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Conférence des régies régionales
Fédération québécoise des CRDI
Préparé par le comité de travail sur la mise en œuvre de la Politique de transfert interrégions en déficience intellectuelle

Janvier 1999

PRINCIPES

1. Reconnaître le droit à une personne de changer de région pour se rapprocher de ses proches;
2. Assurer la continuité des services en tenant compte de la disponibilité des ressources dans la région d'accueil;
3. Répondre aux besoins de la personne, tels qu'énoncés dans un plan de services individualisé;
4. Être équitable dans l'accessibilité aux services envers les usagers déjà en liste d'attente et résidant dans les régions d'accueil.

OBJECTIFS

1. Réduire de façon importante les délais de réponse aux demandes de transfert d'une région à l'autre;
2. Établir un mode de fonctionnement commun sur le plan provincial tout en assurant une pratique cohérente et uniforme d'une région à l'autre.

MODALITÉS

Nous avons un engagement envers la clientèle désireuse d'être transférée dans une autre région et nous devons tout mettre en œuvre pour éviter le bris des services ou faire perdurer l'attente avant l'actualisation du transfert. Les modalités suivantes devront être respectées par l'ensemble des établissements :

- Toutes les demandes de transfert doivent d'abord être traitées entre les directions d'établissements pour ensuite être acheminées aux mécanismes d'accès en déficience intellectuelle des régions concernées;
- À moins qu'elles ne soient responsables de la gestion du mécanisme d'accès en déficience intellectuelle, les régies régionales n'interviennent que par exception, lorsqu'il y a des problèmes d'application de la présente politique;
- Dans toutes les situations de transfert, les établissements devront convenir entre eux d'un plan de transfert ou d'accueil de la personne;
- La région d'accueil s'engage à offrir les services requis par le plan de services individualisé dans un délai de six mois à partir de la date de la demande de transfert;
- La gamme de services est visée par la présente politique et inclut les services résidentiels, les services socioprofessionnels et les services de soutien à la personne, à sa famille et à la communauté;
- Aucun transfert budgétaire n'est effectué, de la région de départ à la région d'accueil; le coût des services est assumé par la région d'accueil.

CLIENTÈLE VISÉE

Les usagers qui, via la démarche du plan de services individualisé, formulent une demande de rapatriement (rapprochement du réseau familial) et qui ont le statut d'inscrits ou d'admis sont visés par la présente politique à l'exception des personnes faisant l'objet d'un processus de désinstitutionnalisation.

Règle générale, dans le cadre d'une planification de désinstitutionnalisation, un budget rattaché aux besoins de services de l'usager est prévu. Dans ces situations, l'usager qui doit déménager vers une autre région a un budget récurrent qui le suit. Le plan de désinstitutionnalisation prévoit toutes les étapes mentionnées préalablement lors d'un déménagement.

ANNEXE 4

MODALITÉS DE TRAITEMENT DES DEMANDES D'ACCÈS AUX SERVICES ENTRE LES CRDI DE LA RÉGION DE MONTRÉAL

Les règles de fonctionnement établies sont révisées et appliquées uniformément entre les cinq CRDI lors des déménagements intrarégionaux.

SITUATIONS	DISPENSATEUR DE SERVICES	MODALITÉS D'ACCÈS
Déménagement dans un autre territoire		
❍ **Volet SOUTIEN À LA PERSONNE**		
• Enfant ou adulte vivant seul ou chez ses parents et qui déménage dans un autre territoire	• CRDI du nouveau territoire d'appartenance	• Demande au comité d'accès du nouveau territoire : – si la demande est déjà en attente : date d'inscription du territoire référant – si les services étaient déjà dispensés : mise en priorité sur les autres demandes en attente
❍ **Volet PLACEMENT**		
• Enfant ou adulte[11] placé dont la famille déménage dans un autre territoire	• CRDI d'origine	
• Enfant ou adulte placé dont la ressource d'accueil déménage dans un autre territoire	• CRDI d'origine	
• Enfant ou adulte placé dont la famille déménage dans un autre territoire et qui doit être réorienté vers une autre ressource d'accueil[12]	• CRDI du nouveau territoire d'appartenance	• Demande au comité d'accès du nouveau territoire

[11] Lorsque l'adulte entretient des liens significatifs avec sa famille.
[12] Ressource d'accueil de type familial, intermédiaire ou autre ressource spécialisée.

Modalités de traitement des demandes d'accès aux services entre les CRDI de la région de Montréal (suite)

SITUATIONS	DISPENSATEUR DE SERVICES	MODALITÉS D'ACCÈS
Ententes de services entre territoires		
❍ **ENFANT, ADULTE OU SA FAMILLE QUI DÉSIRE RECEVOIR DES SERVICES D'UN AUTRE TERRITOIRE**	• CRDI du territoire demandé	• Demande au comité d'accès du nouveau territoire : – Si la demande est déjà en attente : date d'inscription du territoire référant – Si les services étaient déjà dispensés : mise en priorité sur les autres demandes en attente • Des ententes particulières pourront être conclues entre les CRDI concernant les coûts directs encourus pour les services dispensés
❍ **ENTENTES INITIÉES ENTRE LES CRDI**		
• Services demandant une expertise développée spécifiquement par un des CRDI	• CRDI receveur	• Ententes particulières entre les CRDI pour absorber les coûts directs encourus par les établissements receveurs
• Demande de prêt de place dans une ressource d'un autre territoire	• CRDI receveur	• Ententes particulières entre les CRDI pour absorber les coûts directs encourus par les établissements receveurs

Tableau

TABLEAU 1

Le tableau, ci-dessous, identifie les ajustements apportés au cadre de référence révisé par rapport à la version parue en septembre 1997.

OBJECTIF VISÉ	*CADRE DE RÉFÉRENCE 1997*	*CADRE DE RÉFÉRENCE, VERSION RÉVISÉE NOVEMBRE 2001, ET RÉFÉRENCE*
S'assurer que la personne requérant des services et sa famille sont au centre des décisions et qu'elles sont impliquées tout au long du processus	- Reconnaissance - Réponse aux besoins - Territoire de desserte pour une nouvelle demande de service pour un adulte : adresse de son dernier milieu de vie habituelle	- Information et soutien (pages 14 et 19) - Meilleur arrimage entre la personne, sa famille et les dispensateurs (page 14) - Remise des documents d'évaluation et de PSI à la personne et sa famille (page 20) - Clarification du territoire de desserte pour une nouvelle demande de services pour un adulte permettant un plus grand respect du choix de l'individu (page 19)
S'assurer de la mise en place de services en fonction de la réalité des besoins de la personne et de sa famille		- Intervention directe (page 14) - Formation des intervenants (page 14) - Services adaptés aux nouvelles problématiques (page 14) - Services aux anglophones dans chaque CRDI (page 14) - Services aux allophones (page 14) - Mécanisme pour répondre aux situations d'urgence (page 14)
Apporter des ajustements sur l'orientation des clientèles en CRDI	**0-5 ans : retard de développement** - Rien de spécifique en cas de doute, demande d'une expertise qui souvent amène des délais dans l'accès aux services	- Définition du retard de développement pour les 0-5 ans et appliquée uniformément dans les CRDI (page 16) - Évaluation diagnostique en cas de doute sur l'éligibilité assumée par les CRDI (page 16)
PSI • **Alléger les modalités de fonctionnement pour les nouvelles demandes, pour l'ajout de services tout en évitant la répétition d'information pour la personne et sa famille** • **Tendre à une plus grande uniformité dans l'ensemble du réseau pour la demande PSI** • **Favoriser une compréhension commune et la collaboration interréseaux**	- Plan local et plan régional - Comité d'élaboration du PSI - Comité d'identification des dispensateurs de services	- Maintien uniquement du niveau local dans l'élaboration du PSI - Unification des deux comités pour l'élaboration du PSI (page 21) - Démarche PSI, situation simple, situation complexe (page 20) - Concertation entre CLSC et CRDI pour remplir des formulaires (page 21) - Annexes 2A et 2B

Tableau 1 (suite)

OBJECTIF VISÉ	*CADRE DE RÉFÉRENCE 1997*	*CADRE DE RÉFÉRENCE, VERSION RÉVISÉE NOVEMBRE 2001, ET RÉFÉRENCE*
Clarifier le rôle du répondant et son choix	- Notion de responsable PSI et répondant PSI pour assister le responsable	Le texte est repris pour assurer une plus grande clarté sur les rôles, responsabilités et les orientations relatives au choix du répondant (pages 16 et 17)
Mettre à jour les ententes particulières et les politiques en vigueur	- Demande de transfert interrégions en fonction de la politique provinciale de transferts interrégions des usagers des ressources de type familial ou des responsables des RTF	- Application de la politique de transfert interrégions en déficience intellectuelle (page 26 et annexe 3) - Mise à jour des ententes particulières entre les CRDI (page 18)